

# Expériences en Matière de Mobilisation des Ressources dans Cinq Pays en Développement- Que Peut-on en Tirer?

---

Mukesh Chawla  
Ravindra Rannan-Eliya

# Table de Matières

Remerciements .....	1
1. Présentation .....	2
2. Résumé de Conclusions .....	6
Questions basiques posées dans cette étude .....	8
Revenus des Impôts .....	12
Frais des Usagers .....	18
Assurance Maladie .....	20
Ressources Directes .....	27
3. Conclusions .....	28
Les gouvernements et les faiseurs de politique n'ont pas généralement conçu consciemment les stratégies de la mobilisation des ressources qui existent, et ces stratégies ont été développées typiquement par défaut .....	28
La mobilisation d'un plus grand nombre de ressources n'est pas la seule solution à accomplir la meilleure provision de révisions de la santé. ....	29
Pour la plupart des pays à bas-revenu seuls deux mécanismes de la mobilisation des ressources font toujours des contributions considérables: les revenus généraux et les dépenses directes aux pourvoyeurs privés. L'objectif crucial pour les faiseurs de politique est comment assurer l'effet combiné de ces deux contributions pour maximiser l'impact sur la santé, le bien-être général, l'efficacité et l'équité. ....	30
La contribution potentielle des frais des usagers est limitée .....	32
L'assurance sociale contribue seulement aux ressources pour le secteur officiel .....	33
La capacité des assurances privées du secteur santé dans les pays à bas revenus est limitée. ....	35

Les soins hospitaliers tendent à être majoritairement financés par les revenus généraux et l'assurance sociale, et le soin ambulatoire est financé principalement par les dépenses directes et ceci reflète les objectifs mixtes du financement de la santé dans beaucoup de pays. ....	36
Les initiatives non gouvernementales peuvent jouer un rôle important dans la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé .....	38
<b>4. Note Finale .....</b>	<b>41</b>

## Remerciements

Ce rapport a compté avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Washington, à travers le Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA), sous le portfolio du Développement du Secteur Privé et du Financement des Soins de Santé, où le consultant supérieur technique est Mr. Abraham Bekele.

Madame Hope Sukin et Mr. Abraham Bekele du projet HHRAA du Bureau de l'Afrique ont révisé et donné leurs supports techniques pour ce rapport.

# I. Présentation

Riche en vieilles traditions et avec une ahurissante beauté naturelle millénaire, l'Afrique continue à fasciner les visiteurs. Représentant 10% de la population mondiale, l'Afrique est à la fois la terre du Kilimanjaro (5895 m) en Tanzanie et de la Dépression du Qattarah (-133 m) en Egypte. Dans l'Afrique de l'Est, la vallée de la Grande Faille est l'une des plus spectaculaires lieux du continent, qui rivalise à la fois avec les déserts du Sahara et du Kalahari aussi bien qu'avec les chutes d'eau de Fincha (Ethiopie), de Victoria (Zambie-Zimbabwe) et de Tugela (Afrique du Sud) comme des endroits d'émerveillement naturel du monde.

Cependant, les Africains sont parmi les plus pauvres du monde. Réparties sur plus de 50 nations, les presque 500 millions de personnes des pays de l'Afrique Sub-Saharienne ont un revenu moyen de moins de \$400 par tête. L'espérance de vie dans la région est de 55 ans, chiffre qui est de 11 de moins par rapport à la moyenne à d'autres pays de l'Asie avec un revenu bas. L'âge moyen de la mortalité est de 5 ans, et le taux de mortalité infantile est de 55% supérieure par rapport à d'autres pays à bas revenu. Aussi, une grande proportion de la population souffre de malaria et de tuberculose, et beaucoup de ces pays confrontent une sérieuse menace avec la dissémination du SIDA.

L'allocation des ressources concourt parmi plusieurs besoins, ce qui rend plus difficile de prendre une décision face à la pénurie qui est aussi sérieuse comme en Afrique. Peu de personnes discuteraient que le soin de la santé est une exigence basique qui doit être disponible à tout le monde ni sur le mérite public des composants de la santé. En effet, plusieurs gouvernements ont pris la responsabilité de fournir l'assistance sanitaire comme un privilège légitime de ses citoyens, et ont accepté volontiers les déclarations d'Alma Ata de santé pour tout le monde. Cependant, les meilleures intentions peuvent se réaliser jusqu'au point où les ressources le permettent. On ne doit pas être surpris quand on voit que les dépenses nationales par tête en santé dans beaucoup de ces pays sont faibles, qui est de l'ordre de \$5 en moyenne. Quand les maladies et les attentes augmentent à la fois, la demande et l'offre pour la santé la provision sont nécessairement contraints par une économie affaiblie, les gouvernements doivent commencer à prendre des mesures et des choix difficiles.

Dans leur recherche pour la pérennité des remèdes dans le secteur de la santé, beaucoup de pays africains ont adopté ou sont en train d'adopter des nouvelles stratégies pour augmenter le niveau de ressources totales dans le secteur de la santé, aussi bien que les ressources disponibles pour les services fournis par le

gouvernement. Ces stratégies incluent des combinaisons différentes pour augmenter les revenus du gouvernement à travers les impôts spéciaux, les charges des usagers, l'assurance sociale et l'assurance privée. Chaque pays a adopté une combinaison de diverses stratégies, avec des résultats totalement variés. Ces expériences ont attiré l'attention des gouvernements et des donateurs internationaux, et un intérêt général s'est répandu en essayant de comprendre les mécanismes et en analysant les résultats. Si bien que beaucoup d'études ont été faites par différents investigateurs sur différents aspects des expériences sur les stratégies de mobilisation des ressources (voir, par exemple, Shaw et Griffin, 1995, Creese et Kutzin, 1994, Kutzin, 1993, Vogel, 1993, McPake, 1993, Carrin, 1992, et Griffin, 1988), relativement peu d'études ont analysé le principal objectif de chaque pays et les trocs entre plusieurs méthodes de mobilisation des ressources.

Comme partie d'une stratégie intégrale de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) qui conduit à une recherche sur des matières d'une importance critique pour les faiseurs de politique des pays en voie de développement, le Projet de Données pour la Prise de Décisions (DDM) de l'Université de Harvard a été commissionné par le Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA) pour conduire cinq cas d'études sur la mobilisation des ressources. Ces études ont été conduites en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Zimbabwe dans l'Afrique Sub-Saharienne, et hors de l'Afrique, en Bolivie et au Sri Lanka.

Spécifiquement, cette étude cherche à fournir une révision systématique des différentes expériences sur les méthodes de la mobilisation des ressources pour les objectifs primaires de ces efforts. Les études pour chaque pays proposées par le DDM-HHRAA sont examinées sur la base d'une recherche documentaire. Cela signifie que le DDM regarde les diverses stratégies de mobilisation des ressources générées pour le secteur de la santé, aussi bien publiques que privées. Dans chaque cas, notre intérêt est de comprendre la base des politiques et des actions utilisées pour atteindre ces objectifs, par rapport à une approche spécifique qui examine la mobilisation des ressources (par exemple, les frais des usagers, l'assurance, etc.) dans chaque pays. En général, quatre questions sont examinées pour chaque cas:

- Quel est l'impact général sur les ressources en soins de santé à travers les stratégies adoptées?
- Quel est l'effet relatif sur les ressources de financement gouvernemental et non-gouvernemental?
- Peut-on identifier les diverses stratégies de mobilisation des ressources?
- Quel est l'effet en ressources pour les biens publics et pour les services sanitaires primaires?

On anticipe que le pays en question nous laissera répondre aux questions sur les stratégies et sur les méthodes de mobilisation des ressources. En particulier, ce rapport va montrer et examiner la ou les stratégies(s) de mobilisation des ressources adoptée(s) par le pays étudié, en regardant:

- les raisons pour choisir une particulière stratégie ou bien une combinaison des stratégies;
- les différentes intentions et mécanismes des expériences de chaque stratégie;
- l'impact des différentes stratégies de mobilisation des ressources sur le système national de la santé; et
- les leçons apprises.

Au début du projet, une structure conceptuelle provisoire a été proposée par les investigateurs principaux à l'Université d'Harvard. Cette structure (Chawla et Berman: "Mobilisation des Ressources: Directives Méthodologiques", 1995) a eu l'intention de guider les stratégies de la mobilisation des ressources dans chaque pays participant, aussi bien qu'aider à l'organisation des présentations des données et des résultats pour chaque étude. Cette structure générale a été modifiée par la suite, en tenant compte les exigences de chaque étude. Les cinq études consistent à une combinaison d'analyses qualitatives et quantitatives sur l'expérience des stratégies de la mobilisation des ressources. Les quatre critères d'évaluation utilisés pour regarder l'autonomie hospitalière de chaque pays, basés sur les directives du projet, sont: la contribution des ressources au secteur sanitaire, l'efficacité, l'équité, et la qualité des soins. La méthodologie de la recherche employée dans les études a inclu la collecte des données secondaires et son analyse, l'observation directe, les entrevues, et les études du champ.

Une question que les investigateurs du projet ont affrontée dans certains pays a été le favoritisme pour une ou deux méthodes spécifiques aux efforts de croître les revenus. Dans un sens, cette découverte a été utile comme un potentiel existant pour le branchement jusqu'aux ressources qui n'ont pas été essayées. En même temps, nous n'avons pas eu l'occasion de considérer un pays avec une allocation provenant des impôts généraux, de l'assurance sociale, de l'assurance privée et des dépenses directes, des points qui contribuent considérablement au secteur sanitaire. Cependant, nous pensons qu'il y a des leçons importantes à apprendre de ces expériences. Premièrement, les pays ont différentes combinaisons des méthodes les plus favorisées, ce qui a fourni des intéressantes idées sur le possible troc. Deuxièmement, il y a beaucoup de choses en commun pour les différents pays, pas seulement par rapport à leur économie et aux indicateurs sanitaires, mais aussi quant à la méthode qui contribue le plus au financement du secteur. Troisièmement, si les pays de notre liste ont fait le choix d'une ou deux méthodes de façon marquée, cette élection est simplement l'indicatif des limitations existantes pour augmenter le budget de la santé.

Une conclusion générale sans doute sur les cinq cas d'études est que les frais des usagers ont contribué peu à la mobilisation des ressources totales pour le secteur de la santé, et que les dépenses directes par ménage et les impôts du gouvernement continuent à être les contributions les plus importantes au financement du secteur de la santé. Un point important pour les lecteurs est de réaliser que dans les études menées dans le champ empirique, comme c'est le cas, d'atteindre des conclusions définitives avec une application universelle sont difficiles. Toutes les suggestions et les recommandations faites dans cette étude sont basées sur ces cinq expériences seulement, donc il y a besoin de tester sur un plus grand échantillon.

Les rapports des cinq pays présentent les résultats, les conclusions et les recommandations pour chaque étude. Les résumés exécutifs de ces études sont inclus comme appendice à ce rapport. Dans cette synthèse, on formule des conclusions dérivées des cinq études pour arriver à des leçons plus générales sur la formulation et la mise en oeuvre des stratégies pour augmenter le budget de la santé dans les pays en voie de développement. Le reste de l'étude est organisée de la façon suivante: dans la section II, on revoit les conclusions des cinq études; dans la section III, on avance des propositions sur la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé.

## 2. Résumé de Conclusions

Le Projet de Données pour la Prise des Décisions (DDM) de l'Université de Harvard a mené cinq études de cas internationaux pour examiner les expériences des pays en voie de développement avec différentes stratégies de la mobilisation des ressources. Cette étude est réalisée sur cinq pays, dont trois sont de l'Afrique Sub-Saharienne: la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Zimbabwe, et les deux autres sont la Bolivie et le Sri Lanka. En gardant les directives du HHRAA, chaque cas étudié a été conduit avec la collaboration d'un investigateur local dans le pays hôte.

La mobilisation des ressources fait référence aux différentes stratégies de financement du secteur sanitaire pour générer les ressources nécessaires pour payer les marchandises et les services utilisés dans la production et la distribution de la santé. Les stratégies majeures pour la mobilisation des ressources incluent:

- l'augmentation des allocations des revenus du gouvernement général;
- les efforts spécialement dirigés sur la collecte des revenus publics;
- les contributions de donateurs privés et de l'assistance étrangère;
- l'assurance sociale de la santé;
- l'assurance de santé privée; et
- le paiement des usagers.

Un grand nombre d'études menées par différents investigateurs ont examiné plusieurs aspects de la mise en oeuvre et des résultats de ces expériences. Ces études varient dans leurs objectifs, dans la méthodologie de la recherche, dans la qualité et la couverture de données, dans l'identification des variables critiques utilisées dans l'analyse, et dans l'interprétation des résultats. Le principal objectif du projet HHRAA est de mettre à jour et d'étendre l'analyse de ces études, en se focalisant sur les effets des différentes stratégies de la mobilisation des ressources et de la mise en oeuvre qui doit être considérée par les faiseurs pour choisir les stratégies appropriées.

Le suivant schéma a guidé la stratégie de recherche<sup>1</sup>:

Chaque étude examine les expériences récentes du pays hôte par rapport aux stratégies de la mobilisation des ressources, et distribue l'impact général sur la

---

1/ Voir Chawla et Berman (1995): *Mobilisation des Ressources: Directrices Methodologiques*, pour plus de detail.

Tableau 1

## Stratégie de Recherche

<i>Sujets Généraux et Pays à Sélectionner</i>	<i>Critère Général des Estimations</i>	<i>Analyse des Stratégies de Mobilisation des Ressources Spécifiques</i>
Objectif politique général: Augmenter les ressources pour financer le secteur sanitaire (Pays sélectionnés sont avec un objectif politique explicite pour augmenter les ressources de la santé)	1 - Ont-elles augmenté ? 2 - Quel est l'effet produit sur les dépenses privées et publiques ? (niveaux et composition) 3 - Quel est la contribution des diverses sources de fonds et des stratégies de mobilisation des ressources au total ? 4 - Quel a été l'effet sur les dépenses de la "santé publique" spécifiquement?	1 - Processus (par exemple, legal, expériences, et problèmes de gestion) 2 - Estimation (efficacité, équité, qualité, génération des revenus, pérennité)

santé pour chacune des stratégies adoptées. L'impact de chaque méthode est réparti quant à son effet sur les ressources de financement non-gouvernementales et gouvernementales, sur les ressources pour les biens publics aussi bien que les effets du point de vue de l'attention primaire, de l'efficacité, de l'équité, et de la qualité des soins.

Chaque étude a été conçue pour concentrer sur au moins trois ou moins des stratégies de la mobilisation des ressources utilisées par le pays hôte. Dans chaque cas, les investigateurs ont construit une structure méthodologique proposée par Chawla et Berman dans l'article "Mobilisation des Ressources: Directives Méthodologiques" (1995), et ont développé des méthodes spécifiques aux pays par rapport aux critères de la performance et de l'environnement politique pour chaque stratégie de la mobilisation des ressources. Chaque étude utilise une combinaison de techniques pour la collecte des données qualitatives et quantitatives.

Le critère pour sélectionner les pays hôtes potentiels (tableau 2) a été de trouver au moins deux des principaux mécanismes de mobilisation des ressources présents au niveau national. Ce critère a mené à l'exclusion, par exemple, des pays dont les frais des usagers étaient effectifs dans des districts sélectionnés. En plus de l'exigence d'avoir au moins trois des pays potentiels de l'Afrique Sub-Saharienne, deux autres critères ont été utilisés pour sélectionner ces pays. Premièrement, le pays hôte doit avoir au moins deux mécanismes principaux de mobilisation des ressources au niveau national. Deuxièmement, les pays hôtes potentiels doivent être à des niveaux comparables de développement économique.

Le reste de ce document est basé sur les rapports des investigateurs sur la mobilisation des ressources pour plusieurs pays. On s'appuie sur les études de Robles, Munoz et Chawla (1996): "La Mobilisation des Ressources dans le Secteur

**Tableau 2**

**Les Pays Hôtes: Caractéristiques Sélectionnées**

<i>Pays</i>	<i>Population (millions)</i>	<i>PIB par tête (1991)</i>	<i>Espérance de Vie à la Naissance (1991)</i>	<i>Taux de Mortalité Infantile (1990)</i>	<i>Analphabétisa chez les Adultes (pourcentage)</i>
Bolivie	7,3	650	59	125	23
Côte d'Ivoire	12,4	690	52	90	46
Sénégal	7,6	720	48	156	62
Sri Lanka	17,2	500	71	22	12
Zimbabwe	10,1	650	60	58	33

Source: WDR 1993

de la Santé de la Bolivie"; Diop, Adama et Ette (1996): "La Mobilisation des Ressources dans le Secteur de la Santé de la Côte d'Ivoire"; Diop et Codjia (1996): "La Mobilisation des Ressources du Secteur de la Santé du Sénégal"; Rannan-Eliya et de Mel (1996): "La Mobilisation des Ressources dans le Secteur de la Santé de Sri Lanka"; et Normand, Charman, Chawla, Mudyarabikwa et Needleman (1996): "La Mobilisation des Ressources du Secteur de la Santé du Zimbabwe". Nous ne citerons pas ces auteurs, mais on aimerait faire savoir à nos lecteurs que toutes les références des cinq cas étudiés ont été prises de ces études seulement.

Tandis que la combinaison des arrangements financiers varie de pays en pays, le profil général pour la majorité des pays de l'Afrique Sub-Saharienne semble être que les revenus gouvernementaux à partir des impôts constituent la grande et unique source financière pour les soins de santé suivis par les assurances et les schémas spéciaux pour la demande résiduelle (tableau 3).

## Questions basiques posées dans cette étude

Cette étude a entrepris de répondre à plusieurs questions, et nous discuterons des conclusions ci-dessous.

*Est-ce qu'il y a une évidence d'augmentation dans les dépenses de la santé au cours du temps?*

Les gouvernements dans beaucoup de pays entreprennent d'augmenter le montant

Tableau 3

**Financement de l' Assistance Sanitaire dans Cinq Pays, par Source de Fonds (comme pourcentage des dépenses totales pour le secteur de la santé; chiffres entre parenthèses représentent les dépenses comme pourcentage du PIB)**

Pays	Revenu des Impôts	Dépenses Directes		Assurance Sociale	Assurance Privée	ONG et Bailleurs de Fonds
		Privée	Frais des Usagers Secteur Public			
Bolivie (1995)	33% (2,0%)	24% (1,4%)	négligeable	33% (2,0%)	2% (0,09%)	9% (0,5%)
Côte d'Ivoire (1990)	<50% (~1,7%)	>40% (1,3%)	<4% (0,1%)			<3% (0,1%)
Sénégal (1990)	<46% (~1,7%)	>25%	<3% (<1%)	~10% (0,4%)		17% (0,6%)
Sri Lanka (1990)	42% (1,5%)	50% (1,7%)	négligeable		1% (0,03%)	~7% (0,2%)
Zimbabwe (1994)	39% (3,4%)	31% (2,7%)	négligeable		17% (1,5%)	13% (1,2%)

total de ressources consacrées à la santé. Cependant, dans aucun des pays étudiés il a été possible de faire une estimation pour savoir si les ressources totales du secteur de la santé ont augmenté, parce qu'il y a un manque d'informations générales sur la totalité des dépenses de la santé nationale. Si les faiseurs de politique ont l'intention d'augmenter la mobilisation des ressources, ils doivent investir en premier lieu dans les systèmes d'information (par exemple, la Comptabilité Nationale de la Santé), ce qui leur permet de réussir, et de surveiller les progrès de cet objectif.

L'évidence disponible donne une image mélangée des dépenses publiques et des contributions d'assurance au financement pour le secteur de la santé.

*Est-ce que quelques sources de revenus grandissent plus rapidement que d'autres?*

Différentes sources de revenus ont grandi dans certains pays, mais pas dans d'autres pays. L'image générale est mélangée, et varie suivant le temps choisi. Par exemple, en Bolivie, le financement du revenu général est tombé tragiquement de 2,3% en 1980 à 0,4% en 1986. Après la stabilisation macroéconomique en 1986-87, les dépenses du revenu général sur la santé a augmenté en termes réels de 0,4% du PIB à 1,7% en 1987 et 2,2% en 1995, sans un changement explicite

Tableau 4

## Ressources au Niveau National au cours du temps

Pays	Période du Temps	Total	Publique	Privée	Commentaires
Bolivie	1980-86		Chute de 2,3% à 0,2% du PIB		Période de crise macroéconomique et hiperinflationniste
	1987-96	Croissance à 4,9% du PIB	Croissance de 1,5% à 2,2% du PIB		A suivi une stabilisation économique et une "thérapie de shock"
Sri Lanka	1950-82	Stable à ~3,3% du PIB	Déclin graduel de 2,3% à 1,1% du PIB en 82	Croissance de 1,1% à 1,4% du PIB	Revenu stagnant avec augmentation des bas revenus. Croissance réelle des dépenses privées de six fois pour traitement à l'Ouest par tête
	1983-96	Initialement stable à 3% du PIB, et maintenant croissance de ~4%	Croissance de 1,1% à 1,8% du PIB	Croissance considérable des dépenses directes comme % du PIB de 1,4% à plus de 2%	Croissance rapide du revenu après libération économique (>4% par année)
Zimbabwe	1979-90	Probablement ont augmenté	Croissance de 94% en termes réels, et 48% en réel par tête jusqu'à 1988		Croissance économique relativement bonne
	1991-96	Déclin	Chute de 3,1% du PIB à 2,1%		Crise macroéconomique avec la chute du PIB par tête
Sénégal	1975-90		Dépense publique ont décliné rapidement depuis les années 1970 jusqu'aux années 1980	Croissance rapide des dépenses d'assurance privée pendant les années 1990	
Côte d'Ivoire	1980-95	Déclin en termes réels par tête	Proportion approximativement stable du PIB qui décline		Stable, et petit, déclin du PIB, avec une réduction significative du PIB réel par tête

Tableau 5

## Assurance: Estimation

<i>Pays</i>	<i>Type d'Assurance</i>	<i>% Population couverte</i>	<i>% de dépenses totales en santé</i>	<i>Tendance</i>	<i>Estimation</i>
Bolivie	Sociale	22%	33%	Croissance marginale des bénéficiaires (<10%) depuis 1980	Couvre seulement le secteur officiel. Obligatoire par la loi. Les patrons paient 10% du salaire, les travailleurs 0%
	Privée	0,3%	1,5%	Sans tendance	
Sri Lanka	Privée	1,0%	<1%	80% de croissance réelle dans les demandes de remboursement et 40% de croissance des bénéficiaires pendant la période 1990-94	Restreint aux forces de travail urbaines officielles. Evidence considérable d'inflation des prix
Zimbabwe	Privée	7%	17%	Croissance rapide des bénéficiaires; à doublé entre 1980 et 1990, et triplé entre 1950 et 95	Capacité à accroître la couverture. Seul 1/3 de la force du travail officielle est couvert; les ouvriers des plantations ne sont pas encore couverts
Sénégal	Communautaire	<0,2%	<0,2%	Adhésion en chute	Eprouve un écroulement financier à cause de l'incapacité de rassembler les indemnités
Sénégal	Privée	0,9%	<1%	croissance rapide de l'adhésion	Capacité à accroître la couverture
Sénégal	Sociale	3%	~10%	Adhésion a doublé pendant les années 1980	Seul la force du travail officielle et les pensionnaires sont couverts, obligatoire par la loi. Les employés paient 3% et les patrons paient 3%

des politiques. De la même façon, au Sri Lanka, les dépenses du revenu général ont augmenté de 1% du PIB en 1945 à 2,3% du PIB en 1959, une fois que la décision a été faite d'étendre les dépenses publiques de la santé. Cette augmentation a été plus rapide que les dépenses directes pendant cette période.

*Est-ce qu'il y a des politiques qui utilisent des méthodes spécifiques de mobilisation des ressources? Et si elles existent, sont-elles efficaces?*

Dans tous les pays, les dépenses du revenu général et le financement direct sont les majeures méthodes de financement. Quand les gouvernements pensent au besoin pour la mobilisation des ressources additionnelles, ils pensent rarement au potentiel d'expansion de ces méthodes. D'autres méthodes ont été essayées quelque fois dans chaque pays, et habituellement cela a été fait explicitement. Par exemple, le Zimbabwe a eu une politique explicite d'augmenter les revenus des frais des usagers. Cependant, cela n'a pas été efficace quant à la contribution des ressources, parce que la mise en oeuvre a été faible, avec de hautes proportions d'exemptions et d'échecs pour ajuster l'inflation. En Bolivie, l'assurance sociale a été introduite en 1905 comme une part du système de la sécurité sociale, et elle a été étendue pour couvrir tous les ouvriers du secteur officiel en 1954. Ceci a prouvé être un mécanisme efficace pour le financement de la santé pour les travailleurs du secteur officiel, mais il a eu peu d'avantage pour la majorité qui n'est pas employé du secteur officiel (en plus d' avoir libéré des ressources pour d'autres services du gouvernement). Le Sri Lanka a entrepris explicitement de fournir les soins de santé à tout à le monde à travers les revenus généraux depuis 1951. Cela a réussi relativement tant qu' il a été capable de fournir un niveau minimum de services basiques à la population entière depuis cette période. Après les années 1970, les faiseurs de politique du Sri Lanka ont encouragé implicitement une expansion des dépenses directes privées, sans officiellement compromettre la politique de la gratuité des soins. Cette nouvelle politique a travaillé sur l'étendue de cette dépense privée qui a augmenté d'environ 1,1% du PIB à environ 2,5% du PIB dans les années récentes.

Quel a été l'impact de différentes méthodes de mobilisation des ressources quant à l'efficacité, l'équité, la qualité des soins et la perennité?

L'impôt sur les revenus, les frais des usagers, l'assurance sociale, l'assurance privée et les bailleurs de fonds ont été les principales méthodes de mobilisation des ressources pour le secteur de la santé. Nous discuterons l'impact de ces méthodes séparément quant à l'efficacité, l'équité, la qualité des soins et la pérennité.

## Revenus des Impôts

Les revenus des impôts sont le moyen traditionnels de financement du secteur sanitaire dans plusieurs pays, et la Bolivie, la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Sri

Lanka et le Zimbabwe ne sont pas l'exception. En excluant les dépenses directes des ménages sur l'achat privé de santé, l'allocation de revenus des impôts est le moyen le plus important de financement du secteur sanitaire dans ces pays, contribuant à un tiers jusqu'à la moitié de la totalité des dépenses du secteur (tableau 6).

### Mobilisation des revenus

Dans la plupart des pays, les impôts sont collectés par le gouvernement central, les gouvernements para-statales et les corps municipaux. Dans tous les pays compris dans cette étude, la contribution du gouvernement central a été prédominante, avec une contributions des impôts provinciaux et municipaux généralement très bas. Cependant, les gouvernements municipaux doivent participer de plus en plus dans la gestion de ces fonds et de son allocation. Cette idée est encore discutée au Zimbabwe comme partie des objectifs de décentralisation du gouvernement dans le secteur de la santé. La Bolivie est en ce moment à la mise en oeuvre, avec le décret de la Loi de la Participation Populaire de Bolivie, en avril 1994, où les gouvernements municipaux sont devenus responsables pour les investissements et

Tableau 6

## Allocation des Impôts pour le Secteur de la Santé: Quel ques Indicateurs

<i>Pays</i>	<i>Mobilisation des Ressources</i>	<i>Efficacité</i>	<i>Equité</i>	<i>Qualité</i>
Bolivie	Significative (33%)	Coût unitaire: élevé Coût-efficacité pauvre	malade à l'hôpital: favorable aux groupes de revenus moyens et hauts malade qui vient consulter à l'hôpital: favorable aux groupes de revenus moyens et hauts	généralement juste
Côte d'Ivoire	Significative (<50)	Pas d'information	Soins des hôpitaux bénéficie plus les ménages urbains et riches; l'utilisation des cliniques est plus équitablement distribuée	Pas d'information
Sénégal	Significative (<46)	Coût unitaire: élevé; Basse productivité du personnel	Soins des hôpitaux bénéficie plus les ménages urbains et riches	Pas d'information
Sri Lanka	Significative (47%)	Coût unitaire: pauvre; Haute productivité du personnel Coût-efficacité pauvre	malade à l'hôpital: bénéfices distribués équitablement malade qui vient consulter à l'hôpital: favorable aux groupes de bas revenus	généralement élevée
Zimbabwe	Significative (30%)	Coût unitaire: élevé Coût-efficacité pauvre	malade à l'hôpital: bénéfices distribués équitablement malade qui vient consulter à l'hôpital: bénéfices distribués équitablement	généralement pauvre

l'administration des infrastructures du secteur sanitaire. La collecte des impôts du gouvernement central est transférée donc aux corps municipaux qui prennent les décisions pertinentes concernant les nouvelles installations et l'expansion des existantes; cependant, le gouvernement central continue à être responsable pour le personnel employé dans les installations sanitaires. Par conséquent, directement ou indirectement, les revenus des impôts du gouvernement central supportent un vaste réseau d'institutions sanitaires du secteur public en Bolivie.

La collecte des impôts généraux en Bolivie a montré une croissance stable à travers le temps, de Bs. 1166 millions en 1989 à Bs. 2.435 millions (approximativement US\$530 millions) en 1994 (tous les chiffres sont en Bs. de 1990). Les revenus internes ont contribué à cette croissance en doublant sur une période de cinq années, alors que les revenus des tarifs ont enregistré une croissance modeste de 10%. En même temps, les dépenses sanitaires publiques ont augmenté de Bs. 226,10 millions en 1989 à environ Bs. 477 millions (US\$99 millions), ce qui représente une moyenne de Bs. 68 (approx. US\$14) par personne sur les coûts périodiques du secteur. Une charge importante du secteur (à peu près 85%) correspond aux salaires du personnel (médical et administratif), et le reste aux coûts périodiques.

Les revenus des impôts du gouvernement central en Bolivie supportent un vaste réseau d'institutions du secteur sanitaire public qui, depuis la mise en oeuvre de la Loi de la Participation Populaire, a été transféré aux Gouvernements Municipaux. En accord avec le Système National d'Information de la Santé, le nombre d'institutions enregistrées dans le secteur de la santé publique a grandi de 1.304 en 1990 à 1.788 en 1994, avec un total de lits de 7,203, ce qui se traduit qu'en 1994 il y avait un fournisseur public du secteur de la santé pour chaque 2.758 personnes, ou un lit pour chaque 685 personnes. Les fonds des impôts donnent du travail à 2.011 docteurs, c'est-à-dire, 2,9 docteurs pour chaque 10.000 personnes.

Presqu'un-tiers des fonds du secteur de la santé au Zimbabwe proviennent des revenus du gouvernement central qui aide à supporter un vaste réseau d'hôpitaux primaires, secondaires et tertiaires. Cependant, la contribution des revenus des impôts pour le secteur de la santé compte baisser, bien qu'il peut rester encore une plus grande source de fonds. L'expérience de la restructuration économique et le programme d'ajustement ont montré un déclin dans l'allocation en termes réels du secteur de la santé et d'autres services sociaux en même temps qu'une plus grande partie des ressources nationales sont consacrées aux "secteurs productifs" tels que l'agriculture, le commerce et l'industrie. En plus des restrictions générales du budget de la santé, des règles plus strictes pour garder le budget national ont été introduites pendant la dernière année ce qui a précipité la crise du secteur public de la santé.

En accord avec le Gouvernement ESAP, il est pour la réduction des impôts personnels pour augmenter ainsi le pouvoir d'achat des consommateurs. Les impôts aux entreprises sont réduits pour stimuler l'investissement et prévenir l'écroulement

des industries pour ainsi sauver les travaux. Les tarifs d'importation et les impôts sont réduits pour ouvrir l'économie au commerce mondial. En même temps, l'augmentation des contributions indirectes de l'alcool et du tabac est improbable, comme une mesure politiquement impopulaire.

Donc, une augmentation considérable des taxes du gouvernement central est très improbable. En conséquence, le gouvernement central a réduit les subventions aux villes et aux municipalités pour la santé pour de nombreuses années. Les villes ont dû dédommager utilisant plus de leurs revenus des taux pour l'assistance de la santé. La vente des utilités (eau, eaux d'égout, collection du déchets) ne couvre pas probablement les coûts. Le taux de croissance des villes est probablement aussi rapide que les électors de la ville le permettent. Le taux de basse densité, ou les propriétés de haute valeur sont utilisées en grande partie à payer pour les révisions sociales des régions les plus denses. En dépit de ces contraintes, les villes peuvent encore gérer les services de santé qui sont perçus comme plus sophistiqués que ceux administrés par le gouvernement central. Les villes utilisent les frais des usagers pour augmenter les revenus des impôts, quelquefois même en défi (proche) aux déclarations du Gouvernement central sur les exemptions des frais nationaux.

La taxation publique est la principale méthode de mobilisation des ressources pour le secteur de la santé du Sri Lanka, et contribue presque à la moitié de la consolidation totale du secteur. Les dépenses de la santé publique ont été soutenues au-dessus du niveau de Rs. 150 par tête, et ont été maintenues à ce niveau en dépit des petits changements dans la participation du revenu nationale par rapport aux revenus généraux. Ceci est dû probablement au changement de la perspective de l'Etat dans son rôle de financement de la santé, et qui a été influencé par le suffrage universel de 1931 et par l'épidémie de la malaria en 1934 qui soulignèrent les insuffisances du système existant. La croissance économique du Sri Lanka a été rapide pour les années 1970, et pourtant les revenus des impôts publics n'ont pas augmenté considérablement, et les dépenses périodiques de la santé publiques sont et ont été soutenues depuis ces années.

## Efficacité

L'argent des impôts publics a été alloué généralement aux hôpitaux, et donc aux fonds publics qui sont aussi effectifs que la structure qui dépense cet argent. Les hôpitaux gouvernementaux ne sont pas connus par l'efficacité de leurs gestions, si on utilise les mesures traditionnelles d'efficacité comme c'est le cas des proportions d'occupation de lits et la durée moyenne du séjour, ou bien si on regarde d'autres indicateurs opérationnels tel que l'état d'alerte préventive de l'hôpital pour soigner des urgences, la réparation et l'entretien du matériel, etc. (voir aussi Govindaraj et Chawla, 1996).

En l'absence des frais des usagers, la provision de fonds publics de la santé a une limite potentielle de bénéficier de l'interaction de forces du marché et d'améliorer

une allocation efficace. Les fonds publics sont alloués historiquement et comme réponse où les besoins sont perçus. Donc, même si les allocations des hôpitaux sont discutées généralement d'être moins coût-efficace que les soins non-hôpital (voir, par exemple, Kutzin, 1995; pour un contre-argument, voir Rannan-Eliya, 1996), une grande proportion des fonds publics est allouée aux soins donnés par les hôpitaux. De la même façon, il y a peu de motivation pour les hôpitaux publics d'être conscients des coûts, ce qui est reflété sur le haut coût unitaire de services hospitaliers en Bolivie et au Zimbabwe. Les dépenses publiques sont économiquement effective seulement au Sri Lanka, où le coût unitaire des revenus des impôts pour les services de la santé restent très bas à cause des hauts et intensifs niveaux d'utilisation du personnel disponible et des lits.

### Équité et Qualité

La plupart des revenus directs du gouvernement proviennent des impôts individuels, des impôts indirects (taxes sur les ventes, impôts sur le commerce financier), et des transferts d'entreprises à l'Etat. Les impôts directs contribuent généralement à un très petit pourcentage à la collecte totale, et que l'état possèdent des entreprises dans la plupart des pays en voie de développement est plus un égout sur la trésorerie publique qu'une contribution. La plupart des revenus des impôts sont généralement collectés à travers les impôts indirects.

Les impôts indirects sont principalement de deux types: les impôts de consommation et de production et les impôts du commerce. Dans plusieurs pays en voie de développement, la consommation de presque toutes les nourritures, vêtements et refuge n'est pas taxé. La production et les impôts du commerce sont payés par les producteurs et les négociants seulement, donc les ménages à bas revenu et les pauvres paient peu d'impôts. Suivant l'idée où les impôts de consommation suivent ce modèle, on trouve que les pauvres bénéficient des services gratuits donnés par le gouvernement, s'ils (les pauvres) ont accès à lui. Bien sûr, différents pays ont différentes expériences à ce sujet.

Le problème de l'accès peut être vaincu et les schémas de provision universelle publique peuvent potentiellement redistribuer les revenus et la richesse du riche au pauvre, si quelques conditions habilitantes sont accomplies. Comme Besley et Coate (1991) indiquent, la redistribution peut se donner si (a) les secteurs public et privé fournissent le bien social; (b) la différence de prix est la conséquence d'une différence de qualité, avec un bien de qualité inférieur à prix inférieur; (c) il n'y a pas d'excès de la demande dans le secteur public qui, vraisemblablement, puisse fournir la version d'une qualité inférieur du bien; (d) les consommateurs sont rationnels, ils évaluent la qualité et sont préparés pour égaliser le bénéfice marginal de la qualité avec le coût marginal des dépenses directes. Pour que ces arguments aient un sens dans le cas d'un bien social comme c'est le cas de la santé, une cinquième condition doit être incluse qui est que la production et la distribution de la qualité plus inférieure soient au moins égaux aux standards résolu.

Beaucoup de ces conditions ne sont pas rencontrées en Bolivie et au Zimbabwe. Plus important, il y a un excès de la demande pour la production de qualité inférieure du gouvernement de services de santé ou la différence de qualité entre le gouvernement et les privées n'est pas assez grande pour que les consommateurs soient disposés à payer. Donc, en Bolivie, seulement 10% des patients qui cherchaient des traitements dans les installations publiques correspondent au quintile des dépenses plus basses par tête, plus du 50% correspondent au troisième et quatrième quintile, plus du 75% correspond au plus riche 60%, et plus du 25% de tous les usagers des services correspond au plus haut quintile du revenu. Notez qu'on n'a pas détaillé ici le cas de Zimbabwe, mais une étude parallèle (Needleman et Chawla, 1996) expose qu'un grand nombre de pauvres ruraux ont accès aux installations publiques. Dans ces deux pays, par conséquent, la provision publique favorise le riche au dépens du pauvre, et ne redistribue pas les revenus ou la richesse.

Dans le cas du Sri Lanka, la provision de services de santé publique a du succès pour atteindre le pauvre, donc, elle accomplit une redistribution nette des ressources. Les services de santé financés par les impôts au Sri Lanka sont généralement de haute qualité technique, et conduisent à une haute satisfaction du consommateur. En même temps, une meilleure qualité est perçue dans le secteur privé, où le temps d'attente est bas, où trop de personnes n'est pas question et la propreté et l'apparence générale sont meilleures que dans les installations du gouvernement. Donc, si bien que la consommation de services du malade qui reste à l'hôpital a été relativement équitablement distribuée parmi le riche et le pauvre, la distribution de services du malade qui vient consulter à l'hôpital a favorisé le plus pauvre.

## Frais des Usagers

Les consommateurs des soins de santé sont habitués aux frais des usagers dans la plupart des pays du monde où le secteur privé participe aux soins de santé. Cependant, le paiement des frais des usagers dans les installations publiques n'est pas si répandue. En plus, dans les pays avec un système des frais des usagers, le système d'exemptions et de dérogations sont tels que les frais rassemblés sont très bas. On n'est pas surpris si la contribution des frais des usagers aux ressources pour le secteur de santé est négligeable dans les cinq pays étudiés (tableau 7).

Le seul pays de notre échantillon qui a une politique officielle sur les frais des usagers, et à sa place une structure de prix pour tous les hôpitaux publics, est le Zimbabwe. Cependant, pour plusieurs raisons, la contribution des frais à la totalité des coûts de production périodiques et à la distribution de services de santé est négligeable. Premièrement, le prix est mis à des niveaux très bas par rapport aux coûts d'opération, pour les services du malade qui vient consulter à l'hôpital aussi bien que pour le traitement du malade qui reste à l'hôpital. Les frais des usagers ne

peuvent donc pas faire une contribution considérable aux coûts périodiques, même si la facturation et le processus de collecte sont très effectifs. Deuxièmement, si les coûts périodiques d'opération sont élevés au moment de distribuer les services alors, même si le montant absolu des frais des usagers rassemblés est élevé, sa contribution à la totalité des coûts périodiques sera basse. Par exemple, en absence d'un système de référence, plusieurs services de santé primaires sont fournis par le Parirenyatwa et les quatre hôpitaux centraux à coûts plus hauts que des services semblables fournis par les cliniques de santé primaires. Troisièmement, la facturation et le système de collecte sont très faibles, même dans le cas où il y a peu de doute sur la capacité à payer. Par exemple, un grand nombre de malades avec l'assurance privée appartenant à des sociétés d'aide médicales n'a pas été facturé par l'hôpital de Parirenyatwa même après une année ils ont été déchargés. Quatrièmement, les politiques d'exemption et de dérogations sont telles que la plupart des personnes sont exemptées dans tous les cas.

Tableau 7

## Charges aux Usagers du Secteur Public: Quelques Indicateurs

<i>Pays</i>	<i>Système de Paiement des Usagers</i>	<i>Exemptions</i>	<i>Contributions à la Mobilisation des Ressources</i>	<i>Impact sur l'efficacité, l'équité et la qualité</i>
Bolivie	soins gratuits		Négligeable	Négligeable
Côte d'Ivoire		Système formel non développé	~7% des dépenses périodiques du Ministère de la Santé	Amélioration de la disponibilité des médicaments aux centres de santé reportés
Sénégal			~4% des dépenses périodiques du Ministère de la Santé	Pas d'évidence
Sri Lanka	dans un seul hôpital	quelques exemptions	Négligeable	Négligeable
Zimbabwe	Structure officielle de paiement pour tous les services du secteur public	Exemptions pour tous ceux qui gagnent < Z\$400	Négligeable	Négligeable

Au Sri Lanka, les frais des usagers ont fait leur plus grande contribution avant 1951, quand les installations de la santé du gouvernement chargeaient des frais des usagers comme routine. A son meilleur moment, les frais des usagers ont contribué autour du 20% des dépenses totales périodiques du secteur santé, et ce chiffre a décliné graduellement sur le temps à moins de 3%. Le principe des soins gratuits a été établi en 1951, et les frais des usagers ne sont plus regardé comme une option pour la consolidation des ressources du secteur sanitaire. Un prix symbolique de 25 cents pour toutes les visites aux médecins ont été introduites en 1971. Si bien que la contribution était moins de 2% des dépenses périodiques, il avait un effet de réduire l'utilisation des services du malade qui vient consulter à l'hôpital par 30% approximativement. Ce prix a été aboli en 1977.

A présent, les frais des usagers sont chargés dans une seule structure au Sri Lanka. Etabli en 1984, l'hôpital SJG a chargé les frais à tous les malades non-pauvres qui viennent consulter à l'hôpital et/ou qui restent à l'hôpital. Les frais collectés contribuent à plus de 20% sur tous les coûts d'opération périodiques de l'hôpital. Ceci n'a pas affecté l'équité de manière considérable, car l'hôpital fournit d'autres services en plus des soins médicaux gratuits fournis par les principaux hôpitaux du gouvernement à Colombo.

Donc, aucun des avantages potentiels habituellement associé aux prix des usagers ont été réalisés sur aucun des pays étudiés. Il est bien connu, par exemple, que les frais des usagers ont le potentiel d'améliorer l'efficacité des allocations puisqu'ils fournissent des bons prix-signaux pour informer aux clients sur les priorités du secteur de la santé, et les informe des coûts d'utilisation du système de santé. Aussi, les frais des usagers sont connus par fournir aux pourvoyeurs du secteur sanitaire de bons signaux sur quels sont les services demandés, et combien est-il demandé. L'impact des frais des usagers sur la mobilisation des ressources, l'efficacité, l'équité et la qualité des services a été donc très limité dans tous les pays étudiés.

## Assurance Maladie

Avec des niveaux de taxation plus élevés, des situations politiques et de pratiques difficiles dans beaucoup de pays en voie de développement, et avec une contribution très limitée des frais des usagers à la mobilisation des ressources, l'assurance maladie est de plus en plus regardée comme un moyen raisonnable et utile pour générer des ressources pour les soins de santé. Il est discuté si une mise en oeuvre soigneusement suivie et régulée des assurances maladies peut non seulement accroître les ressources du secteur sanitaire, mais aussi peut améliorer potentiellement la provision des services de santé. En plus, il semble qu'il y a des raisons pour croire que les personnes préfèrent payer pour l'assurance maladie que sous la forme d'une hausse des impôts généraux ou spécifiques.

Cependant, l'expérience des cinq pays étudiés ne semble pas supporter cet optimisme. L'évidence disponible au pays à bas revenu comme le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Zimbabwe et le Sri Lanka (la Bolivie est l'unique exception) nous indique que seul un petit pourcentage de la population possède n'importe quel genre d'assurance santé.

L'assurance maladie, comme toutes les assurances, est une façon de partager les risques qui permet la conversion du résultat de haut-coût avec une basse-probabilité à un événement sûr mais de bas-coût. Les personnes tombent malades tout à fait au hasard, et dans la plupart des cas la probabilité de tomber malade est tout à fait basse. Les traitements de la maladie sont habituellement chers, et souvent les malades ou les fournisseurs de santé doivent porter ce haut coût. Un groupe de personnes peut se réunir et contribuer régulièrement à un fonds commun, comme s'il y avait une clause de sauvegarde dans une banque. Ces fonds peuvent alors payer les coûts des membres du groupe quand ils tombent malades et cherchent le traitement. En faisant des petites mais régulières contributions, on peut donc s'assurer contre des hautes dépenses, particulièrement quand la maladie peut rendre plus difficile de réunir des fonds.

L'assurance peut être organisée de différentes façons, et même si quelques distinctions sont simplement opérationnelles, autres sont critiques et utiles à la compréhension de la prévalence et au potentiel de l'assurance maladie. Ces distinctions se situent autour de la propriété de l'équipe tierce, l'éligibilité, les services couverts, si la participation dans l'assurance est obligatoire par la loi et la manière dont la prime est fixée. Hors d'être une façon plus détaillée de décrire une assurance, ces distinctions mettent en valeur le problème de classer par catégorie les assurances comme "privées" ou "publiques".

Il est traditionnel de classer les assurances comme publiques ou privées sur qui possède l'équipe au tierce. Il est discuté que la propriété privée sera nécessairement liée à l'objectif de la maximisation des profits, le temps que la propriété publique cherchera à la maximisation du bien-être comme objectif désirable. La maximisation des profits exige que les contributions des primes reflètent le risque potentiel de l'assuré, et donc on peut espérer que les primes, dans le cas de la maximisation des bénéfices des assurances, soient généralement pré-établies. La maximisation du bien-être exigerait que l'assuré contribue en accord avec sa capacité à payer, avec la condition que les fonds communs ne se tarissent pas. Ainsi, à l'assurance sociale on peut s'attendre que les fonds d'équipe tierce soient généralement pré-établis et que les contributions individuelles soient plutôt basées selon la capacité à payer.

Cependant, les règlements et les interventions du gouvernement ont eu un grand impact sur l'habileté du marché pour optimiser ces deux objectifs de la manière conventionnelle définie au-dessus. En même temps, les syndicalistes ont eu du succès à redéfinir la demande pour l'assurance dans beaucoup de pays. En conséquence, l'assurance privée et sociale ne sont plus utiles comme définition d'assurance, comme il est montré dans le tableau 8.

Au Zimbabwe et dans de petites assurances au Sri Lanka et en Bolivie la partie tierce est a un groupe de fonds d'assurances privées. Ailleurs en Bolivie et au Sénégal les fonds sont investis sous une forme quasi -gouvernementale ou d'une communauté collective. Tant que l'éligibilité de l'adhésion est concernée, à l'exception des sociétés médicales au Zimbabwe, l'adhésion est ouverte à tous les individus là où la possession est privée. Ailleurs l'éligibilité est restreinte aux employés du secteur officiel ou les employés du secteur officiel des firmes. Certains programmes sont plus spécifiques, comme l'assurance mère-enfants en Bolivie, où l'éligibilité est automatique pour les futures mères. Dans la majorité des cas des services couverts s'étendent largement aux hospitalisations externes et internes bien qu'il y ait certaines restrictions effectuées par certaines assurances.

En ce qui concerne le cadre des indemnités, à l'exception des sociétés d'aide médicale au Zimbabwe nous n'avons trouvé aucune évidence de risques ajustés dans le calcul d'indemnité. Dans la majorité des cas l'indemnité est probablement fixée en premier, et selon l'adhésion et la contribution, le menu des services est décidé.

En Bolivie, l'assurance santé soutenue par le gouvernement est opérée à travers les fonds de la sécurité nationale, qui consiste en des fonds contribués par certaines classes sociales pour des prestations de santé et de bien-être bien déterminés. Basé sur le concept de la solidarité sociale, le concept de l'assurance de la sécurité nationale définit les soins médicaux comme un risque social plutôt que privé. Cette forme d'assurance sociale conduit a une intra-subvention des gens à haut revenus vers ceux à bas revenus, alors qu'un large groupe garantit le transfert de ceux à bas risque de maladie à ceux qui ont une haute incidence de maladie. Né de la politique publique en Bolivie la législation du gouvernement décide de l'éligibilité, indemnité et des services, mandaté à tous les employés du secteur officiel.

Tableau 8

## Caractéristiques d'Assurance dans les Pays Sélectionnés

<i>Assurance</i>	<i>Possession</i>	<i>Eligibilité</i>	<i>Services</i>	<i>Mandats</i>	<i>Cadre des indemnités</i>
Sociétés d'Aide Médicale, Zimbabwe	non-gouvernement à but non lucratif	employés du secteur officiel ; un MAS couvre aussi un petit groupe travaillant à leur compte	Services pour les malades en consultation externe et hospitalisés ; y compris les médicaments	pas de mandat du gouvernement, industrie et unions de commerce	troisième partie des fonds communs actuels déterminés initialement ; révisions suivantes historique ; indemnités individuelles des risques mis en commun
SLIC,NIC,UA, etc. Sri Lanka	privé, commune	ouvert	Services pour les malades en consultation externe et hospitalisés ; y compris les médicaments	pas de mandat du gouvernement	arbitraire ; pas de risque de réajustement
Employeur-schémas basés, Sri Lanka	compagnie	employés de la compagnie	Services pour les malades en consultation externe et hospitalisés ; y compris les médicaments	pas de mandat du gouvernement	remboursement complet, sujet à un maximum
Cajas de Salud, Bolivie	quasi-gouvernement	employés de tout le secteur officiel	Services pour les malades en consultation externe et hospitalisés ; y compris les médicaments	participation obligatoire pour les employés du secteur officiel	taux fixé à 10 % des gros salaires
ABOSMEP, Bolivie	privé, plans pré-payés offerts par les fournisseurs	ouvert	fixés par forfait payé	pas de mandat	taux fixé à une petite baisse par rapport au prix du marché pour le forfait spécifique
Programme National d'Assurance Mère-Enfants, Bolivi	quasi-gouvernement	femmes enceintes, nourrissons et enfants	services de maternité, d'obstétrique et de pédiatrie	couverture automatique	fonds spéciaux réservés pour la couverture complète des services prescrits
Mutuelles, Sénégal	communauté	membres de la communauté	services pour les malades en consultation externe et hospitalisés ; y compris les médicaments	pas de mandat	arbitraire ; pas de risque de réajustement

Une autre forme d'assurance est celle sponsorisée par l'employeur, comme dans le cas des sociétés d'aide médicale au Zimbabwe, le ABOSMEP en Bolivie et les compagnies d'assurance au Sri Lanka. Sous ce système l'employeur offre des soins de santé aux employés ainsi que leurs familles à travers des pourvoyeurs en sa possession ou contractuelle. Les contributions d'indemnités sont prises sur l'ensemble des salaires, et usuellement tous les services sont pourvus.

Finalement dans les pays comme au Sénégal il y a des preuves de financement de la communauté de coopératives. Les plans sponsorisés par la communauté et ceux basés sur les coopératives sont caractérisés par un groupe d'individus, comme dans une coopérative qui identifie les projets qui ont de fortes caractéristiques de biens publics, et établissent un mode de mobilisation de ressources pour achever les objectifs du programme. Etabli par la volonté commune des gens plutôt que les forces du marché, ces programmes permettent une variété de mobilisation de ressources, telles que le paiement en nature ou en espèce, le paiement d'une partie ou de la totalité, le paiement sous forme d'une contribution au travail, hypothèque, etc. Le Sénégal et la Côte d'Ivoire sont des exemples de ce type d'assurance.

### Mobilisation des revenus

Les mécanismes d'assurance ont le grand potentiel de contribuer à la collecte des revenus. Premièrement, l'assurance implique usuellement la contribution mandataire de nouveaux fonds (spécialement la contribution de l'employeur) aussi bien que quelques contributions mandataires de quelques fonds qui sont probablement déplacés du privé au public (spécialement les contributions des travailleurs). Deuxièmement, puisque les contributions à l'assurance sont des contributions "réservées", maintenues séparées et liées aux prestations spécifiques, la conformité est généralement élevée même là où les taxes générales sont difficilement acceptées. Troisièmement, la plupart des gens trouve plus facile de faire de petites et régulières contributions plutôt que de larges contributions en temps de maladie. Et finalement, les membres d'un groupe d'assurance peuvent choisir de payer quand ils le peuvent, comme au temps de la récolte, plutôt qu'au moment où ils ne sont pas capable, comme en cas de maladie.

Cependant, l'assurance n'a pas contribué significativement à la mobilisation des ressources dans la majorité des pays étudiés. A l'exception de la Bolivie où presque le tiers des soins de santé est financé par l'assurance, et au Zimbabwe où les sociétés d'aide médicale contribuent à hauteur de 17% du total des dépenses de santé dans le pays, ailleurs les contributions d'assurance n'ont pas été significatives.

Il est aussi utile de noter que là où l'assurance est prévalente, la durabilité de l'assurance n'est pas mise en doute. Les sociétés d'aide médicale au Zimbabwe ont démontré leurs capacités à contenir les coûts administratifs, à maintenir la qualité

du service, et périodiquement ajustent les indemnités pour maîtriser l'inflation et les changements des profils de la santé. La Bolivie est relativement un nouvel entrant, mais ici également la structure institutionnelle et la décentralisation offre le soutien nécessaire pour la durabilité.

## Efficacité

Les deux seuls pays où l'assurance a eu un impact significatif sont le Zimbabwe et la Bolivie. L'assurance médicale privée est pourvue par les sociétés d'aide médicale (MAS), qui ont formé un quartel connu comme association nationale des sociétés d'aide médicale (NAMAS). Les MAS sont des organisations à but non lucratif avec généralement une administration à bas coûts. Leurs origines sont par les plans d'assurance santé développés par les grandes firmes et les groupes de firmes dans l'industrie particulière. Le Zimbabwe a un secteur d'employés officiels relativement large comparé à d'autres pays africains, et ceci peut rendre compte de la relativement rapide croissance des sociétés d'aide médicale. Elles couvrent toujours principalement les fonctionnaires puisqu'elles collectent les indemnités à travers les employeurs. Le MAS a été très rentable, bien que probablement plus pour des raisons fortuites que pour une quelconque bonne planification ou d'exécution. Le MAS négocie les frais chaque année avec les praticiens et l'hôpital, et utilise leurs larges puissances d'achat pour maintenir les charges basses. L'ignorance des services disponibles par les clients maintient l'utilisation et par conséquent les dépenses basses. L'isolement rural de certains clients des soins coûteux épargne l'argent particulièrement pour les services des sociétés d'aide médicale, dont les clients sont des fonctionnaires, la majorité d'entre eux travaillent comme instituteurs ou autres fonctions dans les zones rurales. Le retard ou la non facturation des services rendus par les hôpitaux du gouvernement aux clients du MAS réduisent les dépenses du MAS, mais l'exact montant demandé a être quantifié.

Un problème auxquels beaucoup d'assurances font face et que l'abus d'utilisation des services assurés, et dans une certaine mesure, l'exagération dans les services assurés. Le MAS au Zimbabwe a été capable de contrôler cela en instituant un système de contrôle périodique des factures et les paiements courants. Les problèmes de sélection ont été résolus en rendant l'assurance obligatoire pour tous les employés dans une organisation, et en assurant seulement quelques groupes de gens travaillant à leur compte.

L'assurance en Bolivie a en général des coûts raisonnables, et est plus basée sur le principe des organisations bien gérées en ce sens que les fonds de santé possèdent et gèrent plus de 200 centres de santé. Le préjudice moral n'a jamais été une menace, et le groupement des risques a été assuré en ayant une large couverture de base. Les institutions de fonds de santé publique couvrent approximativement 21 % de la population urbaine mais seulement 4% de la population rurale. Pour le pays

dans sa totalité les fonds de santé publique couvrent approximativement 14 % de l'entière population .

Comme dans le cas du Zimbabwe il y a des raisons perverses pour les coûts bas de ces opérations. Bien que beaucoup de travailleurs du secteur officiel urbain participent dans les systèmes de fonds de santé publique (le nombre total des bénéficiaires est égal à 40 % de la population urbaine), plusieurs ménages à moyen et hauts revenus n'utilisent pas ces services. Il y a plusieurs mécanismes significatifs de rationnement non commercial (coupons pour visite et longue queue) qui limitent l'accès, et plusieurs potentiels bénéficiaires utilisent les services des fournisseurs du secteur privé, soient les bureaux médicaux privés ou les programmes médicaux pré-payés. Il est communément observé que les membres des fonds de santé à hauts revenus utilisent les fournisseurs du secteur privé pour les consultations de routine (par exemple les visites de pédiatrie et de gynécologie), mais ils utilisent le système de fonds de santé pour les traitements plus chers. Les fournisseurs du secteur privé sont aussi souvent préférés pour les soins spécialisés (par exemple les soins ophtalmologiste, chirurgie) s'ils sont perçus comme de meilleures et solides qualités. Ainsi, une proportion significative des assurés bien qu'elle (ou leurs employeurs) contribue aux fonds, et n'utilise pas les services au pair.

## Equité

L'assurance qu'elle soit sociale ou privée, a un impact direct sur l'augmentation de l'équité. A l'intérieur du groupe de risque, par exemple, le groupe de personnes qui ont l'assurance, le système d'assurance respecte l'équité en terme d'offre de soins de santé. Les services sont pourvus sur la base des besoins plutôt que ceux des revenus. Par ailleurs les systèmes d'assurance ont le potentiel d'assurer à la fois l'équité verticale (les personnes aux besoins inégaux nécessitent des traitements appropriés de différentes manières) et l'équité horizontale (les personnes aux besoins égaux sont traitées également).

L'assurance au Zimbabwe et en Bolivie est disponible seulement pour les employés du secteur officiel, et puisque les employés du secteur officiel ne forme qu'un petit pourcentage de tous les employés, n'importe quelle contribution du gouvernement aux assurances par les fonds des impôts serait par définition inéquitable. Ainsi le MAS au Zimbabwe conduit à une inéquité dans les provisions de soins puisque le gouvernement offre une déduction sur l'indemnité de 20 % des employés. Les primes tendent à augmenter avec le coût de services, et pour les coûts très élevés les subsides que le gouvernement donne aux riches peuvent dépasser les dépenses nationale sur la santé par tête. Le MAS tend à encourager, et dans quelques cas à fournir, des soins médicaux de haute technologie (par exemple, les services de Laboratoire et de Radiologie CIMAS qui ont récemment installé un Scanner CT et un MRI).

En plus, l'augmentation de la pratique médicale privée due à l'augmentation des malades assurés ont encouragé le gouvernement et les docteurs de l'université pour voir des malades en privé et les praticiens se sont déplacés du secteur public au secteur privé au Zimbabwe.

En Bolivie, en termes de l'utilisation des ressources du secteur sanitaire public divisant les revenus par quintiles, on trouve que 56% de toutes les ressources de la santé publique appartiennent au 40% plus riche de la population, au même temps seulement 23% appartiennent au 40% plus pauvre de la population. Cette disproportion si grande de 35% appartient au quatrième quintile de tous les utilisateurs.

## Ressources Directes

Une des sources les plus significatives pour obtenir des ressources pour le secteur de la santé, et sur lesquelles nous avons très peu d'informations, correspondent aux dépenses directes des ménages, qui contribuent entre un quart à une moitié des ressources du secteur de la santé dans la plupart des pays.

Les principaux destinataires des dépenses directes par ménage pour les soins de santé sont les médecins privés et les pharmacies, et dans une plus petite mesure, les hôpitaux privés. Les dépenses directes par ménage ont contribué à 23% des dépenses de santé totales en Bolivie, à 52% au Sri Lanka et à 31% au Zimbabwe. Quant aux PIB des pays respectifs, les dépenses directes étaient responsables pour mobiliser 1,4% du PIB en Bolivie, 1,7% au Sri Lanka et 2,67% au Zimbabwe.

Tant que nous n'avons pas des données désagrégées sur les dépenses des ménages, il est raisonnable de supposer que, depuis que le niveau de provisions de l'hôpital du secteur privé soit généralement bas dans les pays en voie de développement, la plupart des dépenses des ménages va servir à payer les soins ambulatoires ou les médicaments. Dans une certaine mesure, les dépenses pour les soins ambulatoires sont plus efficacement alloués que les soins hospitaliers quant à promouvoir à la bonne santé, où les dépenses directes sont le chemin le plus effectif d'allouer pour les soins de santé.

### 3. Conclusions

Les gouvernements et les faiseurs de politique n'ont pas généralement conçu consciemment les stratégies de la mobilisation des ressources qui existent, et ces stratégies ont été développées typiquement par défaut.

Une prémisse basique de cette étude est que les agents choisissent consciemment leurs propres stratégies de mobilisation des ressources, alors leurs décisions et les politiques peuvent être évaluées. Cependant, bien que les gouvernements prennent souvent des décisions individuelles sur les méthodes de mobilisation des ressources, comme dans le cas des frais des usagers ou sur le niveau général de financement du revenu, ils pensent rarement sur la combinaison finale des différentes méthodes et comment ces méthodes ensemble réagissent réciproquement pour financer le secteur de la santé. Une faiblesse commune et majeure a été la tendance de la plupart des gouvernements à ignorer le rôle des dépenses des ménages avec les fournisseurs privés de la santé.

Par exemple, au Zimbabwe, les frais des usagers du secteur public sont évalués comme une option de la mobilisation des ressources, sans penser à la possibilité qu'une croissance des frais des usagers peut mener à une hausse de l'utilisation des pourvoyeurs privés et donc à une chute de l'utilisation du secteur public par les riches, qui sont ceux qui paient des frais. Au Sri Lanka, une méthode de mobilisation des ressources qui a montré une hausse considérable des montants pour les services de la santé est la dépense directe des ménages. Si bien que ce mécanisme a augmenté la contribution de 1,1% du PIB en 1953 à 1,7% en 1987, elle a été produite principalement par défaut et en dépit de la politique officielle du gouvernement de fournir la gratuité des soins de santé financés par les revenus généraux. Cependant, les entrevues avec les faiseurs de politique ont révélé que, au moins pendant la décennie de 1980, ils ont pu suivre consciemment une politique qui s'appuie sur la croissance du financement au secteur privé par les ménages comme une solution au problème des insuffisantes ressources du gouvernement. Il n'est pas clair de savoir si les faiseurs de politique des autres quatre pays ont suivi consciemment des stratégies semblables.

L'explication pour cette approche myope des faiseurs de politique consiste d'une part au traditionnel manque d'enthousiasme à considérer le financement privé comme politique de la santé, et d'autre part à un manque de systèmes d'information qui fourniraient des données sur le secteur privé (par exemple, la Comptabilité Nationale de la Santé).

## **La mobilisation d'un plus grand nombre de ressources n'est pas la seule solution à accomplir la meilleure provision de révisions de la santé.**

Beaucoup de faiseurs de politique africains affrontent des vraies contraintes à l'expansion des dépenses sanitaires publiques basées sur les impôts, et sur les autres facteurs qui contraignent considérablement à la mobilisation des ressources en utilisant d'autres méthodes. Il est affirmé que les pays africains ont besoin de mobiliser un minimum de US\$13 par tête pour fournir un forfait minimum de services basiques (Banque Mondiale, 1994). Cependant, une mobilisation d'un plus grand nombre de ressources n'est pas la seule solution au problème de fournir plus et de meilleurs services de santé. Quoique les revenus par tête dans les cinq pays étaient très semblables (US\$500-770 dans 1994), les cinq cas étudiés ont mobilisé des niveaux très différents de ressources pour la santé, et ont accompli des résultats tout à fait différents quant à la santé et à la réduction de la fertilité. Le montant des ressources mobilisées paraît être sans rapport au niveau des résultats.

Ainsi, le Sri Lanka a mobilisé le plus petit nombre de ressources (US\$ 18 par tête, en 1990), mais a accompli les meilleurs résultats (et aussi incidemment le taux d'amélioration le plus rapide de ses indicateurs de santé pendant 1960-90 des cinq cas d'études), au temps où la Bolivie a été la deuxième à plus dépenser (US\$ 30 par tête) et a accompli le pire du deuxième résultat. L'expérience de mobilisation des ressources de Sri Lanka est particulièrement intéressante pour deux raisons. Premièrement, il a complété la transition du secteur de la santé seulement en cinquante années, quoiqu'en mobilisant des ressources totales nationales de la santé de moins de US\$ 8 par tête par année (considérablement moins d'argent que le coût minimum fixe par la Banque Mondiale pour le forfait "coût-efficacité" pour l'Afrique), et en maintenant les dépenses des revenus totaux à moins de US\$ 5 par tête. Deuxièmement, l'étude sur le Sri Lanka a trouvé que les faiseurs de politique ont affronté des dures contraintes budgétaires pendant la période 1950-1970 au temps qu'ils ont doublé le volume des services fournis à travers le financement du revenu total sans dépenser plus d'argent sinon par rendre plus efficace la rémission des services. Si bien que les faiseurs de politique sont d'accord qu'il y ait des possibilités pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources, il y a plus d'attention portée sur la croissance de la mobilisation des ressources que sur la croissanté efficacité de la production des services (par exemple, Shaw et Ainsworth,

1995). L'expérience de ces cas d'études suggère que les pays africains attachés financièrement peuvent gagner plus en améliorant l'efficacité de la production qu'en essayant d'augmenter la mobilisation des ressources.

**Pour la plupart des pays à bas-revenu seuls deux mécanismes de la mobilisation des ressources font toujours des contributions considérables: les revenus généraux et les dépenses directes aux pourvoyeurs privés. L'objectif crucial pour les faiseurs de politique est comment assurer l'effet combiné de ces deux contributions pour maximiser l'impact sur la santé, le bien-être général, l'efficacité et l'équité.**

Une leçon importante de ces études est que seuls deux mécanismes de la mobilisation des ressources font des contributions considérables au financement du secteur de la santé. Comme proportion des ressources totales du secteur sanitaire, ces deux contributions expliquent plus de 60% en Bolivie, 98% au Sri Lanka, 90% au Zimbabwe et plus de 90% en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Cependant, ces deux mécanismes ne partagent pas les mêmes caractéristiques ou impacts.

Dans tous les pays étudiés, le financement des revenus généraux expliquent 30-65% de ressources totales du secteur de la santé. Au Sénégal, en Côte d'Ivoire, en Bolivie et au Zimbabwe il a été le plus élevé, en même temps qu'au Sri Lanka il a été le plus grand jusqu'aux années 1990. L'intérêt pour les mécanismes alternatifs de financement, tels que les frais des usagers du secteur public et les assurances, ne doivent pas détourner l'attention du fait que ces impôts resteront encore comme une très importante et essentielle méthode du financement.

Tous les pays étudiés affrontent ou ont affronté des crises macroéconomiques qui conduisent à plusieurs contraintes fiscales sévères, et dans chaque cas cela a été associé à un déclin réel du financement du revenu général. Cependant, quand des politiques d'ajustement structurelles où une meilleure gestion macroéconomique ont mené à une performance économique améliorée, les revenus généraux ont augmenté et les dépenses publiques par tête de la santé ont augmenté. La Bolivie représente le plus spectaculaire exemple de cet ajustement. L'irresponsabilité fiscale au début des années 1980 a mené à un collapse économique hyperinflationniste, et les dépenses des revenus généraux sur la santé ont été réduites de 2,3% en 1980 à 0,4% d'un déclinant PIB en 1986. Seulement avec l'application d'une thérapie de choc, l'économie commença à se stabiliser après 1985, et les dépenses de la santé publique ont commencé à augmenter en termes réels. Pour 1995, les dépenses de la santé publique avait atteint 2,2% du PIB croissant. De la même façon, des

politiques économiques qui vivent en autarcie au Sri Lanka ont mené à la stagnation économique pendant les années 1960 et 1970, et un graduel déclin réel dans les dépenses de la santé publique, qui était seul à renversé, depuis 1980, avec la libéralisation économique menée pour accélérer la croissance économique. L'importante leçon qui doit être tirée n'est pas que la réduction d'allocations des revenus généraux à la santé est une solution aux problèmes de déséquilibre fiscal, mais que la responsabilité fiscale et une meilleure gestion économique sont la clef pour accomplir une majeure mobilisation des ressources générales pour le secteur sanitaire.

L'autre importante source de financement pour le secteur de la santé sont les dépenses directes, qui expliquent un quart à une moitié de toutes les dépenses de santé de toutes les sources. Au Zimbabwe, les paiements individuels directs sur les soins médicaux privés, pharmaceutiques et les frais des usagers ont contribué avec Z\$1.119 en 1994, ce qui représente à peu près plus de 30% des dépenses totales des soins de santé; ceci correspond à la plus grande source de dépenses de la santé. Les évaluations préliminaires indiquent que la Bolivie a dépensé Bs. 1,564 millions (4,95% de son PIB) pour financer les soins de santé. Les dépenses directes ont contribué à 26% des dépenses totales (Bs. 375, 1,5% du PIB), au même temps que l'assurance sociale et les revenus des impôts correspondent chacun environ à 36%. De la même façon, en Sri Lanka, les ménages ont constamment mobilisé 1,1 à 2,1% du PIB pour les dépenses directes sur la santé. En 1990, ils ont contribué avec Rs. 5,600 millions aux soins de santé sur une dépense totale de Rs. 10,777 millions, ce qui explique à peu près 52% de toutes les dépenses. Les dépenses du gouvernement étaient de Rs. 5,064 millions (47%), au même temps que l'assurance privée et l'assurance payée par le patron ont contribué par des montants négligeables.

Il est raisonnable d'assumer que les destinataires principaux des dépenses directes par ménages des soins de santé sont des médecins privés et des pharmacies, et dans une certaine mesure, les hôpitaux privés. Cependant, nous avons peu d'informations sur qui sont les médecins privés, quel genre de services ils fournissent, quelle est la qualité des soins du secteur privé, et d'où vient leur demande. La leçon la plus importante de cette section est que les dépenses directes sont un mécanisme des ressources dont la contribution potentielle et la faisabilité socio-politique sont sous-estimées souvent par les faiseurs de politique africains.

Dans tous les pays étudiés, les dépenses directes sont prix élastique qui s'accroissent avec les revenus des ménages. Par lui-même, ce mécanisme contribuera au financement de la santé de celui qui est mieux économiquement que le pauvre. Cependant, dans tous les cas étudiés, le financement des ressources générales est la majeure source de financement de la santé qui atteint le pauvre, et pour les malades qui restent à l'hôpital de tous les groupes sociales, mais la distribution des dépenses de santé publique n'est pas équitable dans tous les pays. Dans plusieurs pays où il y a des données, les dépenses en santé publique

bénéficient de façon disproportionnée aux plus riches. Cependant, ceci n'est pas inévitable, au Sri Lanka, les dépenses de la santé publique bénéficient aux pauvres d'une façon disproportionnée. Si les faiseurs de politique sont intéressés sur l'équité et l'impact sur la santé, ils doivent travailler sur des méthodes individuelles pour savoir comment les services de santé financés avec des revenus généraux peuvent atteindre les plus pauvres, au même temps assurant que les ménages les plus riches paient pour la plupart de leurs soins fournis par des pourvoyeurs privés.

## **La contribution potentielle des frais des usagers est limitée.**

Il y a deux objectifs potentiels des frais des usagers pour les services de la santé: (a) augmenter les revenus pour consolider une partie ou la totalité des services, (b) la génération d'un ensemble de motivations financières pour encourager une majeure efficacité de production et d'utilisation des services. En particulier, ils peuvent être utilisés pour supporter un système de référence, et éviter l'auto-référence de cas simples aux installations de haut niveau. En général, l'expérience des cinq pays nous indique que les frais des usagers du secteur public font des contributions insignifiantes vers le financement du secteur de la santé. Quand les frais des usagers ont été appliqués au Sri Lanka, ils ont contribué à moins de 5% du financement total du secteur de la santé. Au Zimbabwe, les frais des usagers contribuent actuellement à moins de 3% du financement total du secteur de la santé.

Il semble y avoir deux ensembles de raisons pour la pauvre contribution des frais des usagers au financement du secteur de la santé. La première est associée à la faiblesse dans la mise en oeuvre, et la deuxième est associée aux contraintes fondamentales dans l'application des frais des usagers des pays en voie de développement avec un bas et moyen revenu.

Dans la plupart des cas ( les exceptions sont l'hôpital de SJG, le Sri Lanka et le PROSALUD, et la Bolivie) les frais des usagers sont envoyés à des fonds centraux du gouvernement, ce qui implique qu'il n'y a pas d'avantage direct pour les hôpitaux et les cliniques qui les rassemblent. Au Sri Lanka et en Bolivie, où les installations sont permises de réténir les frais des usagers et d'améliorer la qualité des services, l'évidence suggère que les personnes sont contentes de faire une contribution pour une bonne qualité de services de préférence aux services gratuits qui manquent de ressources basiques.

Au Zimbabwe, l'hôpital de Parirenyatwa est permis de retenir les frais collectés, mais un manque d'une dure contrainte du budget réduit la motivation de maximiser les revenus. Par conséquent, l'hôpital n'a même pas facturé aux malades qui doivent et sont capables de payer à travers des sociétés d'assurance privée d'aide médicale, pour des services consommés (voir Needleman et Chawla, 1996).

La contrainte fondamentale est que pour obtenir des contributions considérables des frais des usagers, les prix devraient être fixés d'après les coûts, en même temps que, pour des raisons sociales et pratiques, le pauvre devrait être protégé. Ce dernier exige un système d'essai des moyens effectifs et efficaces qui protège le pauvre. En pratique, en accord au grand pourcentage de la population de ces pays qui sont soit pauvres ou bien du secteur non-officiel, ce système a été difficile à accomplir.

Par exemple, au Zimbabwe les frais ont été augmentés déjà considérablement, et si les additionnelles augmentations sont introduites, il sera nécessaire de permettre des exemptions sur quelques frais pour les catégories les plus pauvres de la population. Des simulations simples réalisées pour une rangée de forfaits de frais et d'exemptions suggèrent que la politique courante, si elle est forcée strictement, pourrait produire autour de 20% des ressources pour supporter le secteur de la santé.

### **L'assurance sociale contribue seulement aux ressources pour le secteur officiel.**

Avec la plupart des pays en voie de développement trouvant plus difficile d'élever des fonds additionnels pour le secteur de la santé à travers des revenus des impôts généraux, et avec des frais des usagers qui font une contribution très limitée à la mobilisation des ressources, un moyen de générer de nouvelles ressources qui sont discutées de plus en plus par les faiseurs de politique est l'assurance maladie. En plus d'être une source potentielle de nouvelles ressources, l'assurance maladie améliorera l'offre et la provision de services de santé à travers la création des conditions similaires au marché, aux points de la demande et de l'offre. Quelques problèmes connus avec les assurances, comme l'emploi et de l'offre excessive, peuvent être contrôlés par des prudents contrôls et régulations. Le contenu des coûts peut être assuré en créant une compétition entre les pourvoyeurs et les financiers. Les questions d'équité peuvent être adressées pour regrouper toutes les ressources dans un fonds de solidarité qui subventionne en forme croisé à travers le besoin et la capacité, et ces contributions peuvent être administrées de telle manière que, sur la marge, relativement personne n'est lésée. L'ensemble des ressources de l'assurance sociale tend à rester en dehors de pressions budgétaires du gouvernement, et ont l'avantage de la transparence dans l'allocation des ressources. On peut, par conséquent, attendre que l'assurance sociale soit largement répandue.

Cependant l'expérience à partir des cinq cas d'études de pays ne semble pas conforter cette optimisme. Les preuves disponibles dans les pays à bas revenus comme au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Zimbabwe et au Sri Lanka (exception faite de la Bolivie) indiquent que seul un petit pourcentage de la population à une quelconque assurance de santé. Il est utile de regarder les raisons pour lesquelles

les assurances de n'importe quel genre ne sont pas répandues.

La raison majeure d'une assurance est qu'elle offre une sécurité et permet à l'individu de faire de petites contributions mais régulières à un fond qui paie une partie ou tout des dépenses au moment du besoin. Cependant l'achat d'une assurance est rationnelle seulement s'il y a une probabilité positive de dépenses en cas de maladie. Si le soin de santé est disponible gratuitement, il serait alors irrationnel pour n'importe quel individu de contribuer aux fonds d'une assurance. Bien sûr, les traitements préférentiels ou de meilleure qualité pour les patients assurés sont une incitation, mais il est difficile d'introduire de tels différentiels au niveau primaire secondaire et tertiaire des traitements. Les charges des usagers sont alors une condition nécessaire pour un système d'assurance pour donner un sens universel, et sans de cette manière inextricablement liée avec les incitations aux individus pour qu'ils s'assurent.

Dans tous les pays compris par cette étude, c'est à dire, la Bolivie, la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Sri Lanka et le Zimbabwe, les services de santé sont fournis par le gouvernement plus ou moins libre des charges, soit par une politique délibérée de pas de chargement pour les services médicaux ou bien par ce que les niveaux d'exemptions sont mises si hauts que véritablement personne doit payer. Dans ces pays, par conséquent, il y a une petite motivation pour la plupart des personnes à contribuer volontairement à des fonds d'assurance.

En l'absence des frais des usagers, les seuls moyens pour que les contributions soient faites aux groupes d'assurance sont si (a) les contributions sont obligatoires; (b) le gouvernement paie au nom de ceux qui ne le peuvent pas ; et/ou (c) il existe une demande des consommateurs privés pour une assurance. Dans une forme ou dans une autre, les deux premières options ont été exercées par le gouvernement dans plusieurs pays. En Bolivie par exemple, une source très significative du financement des services de santé est le système des fonds de santé publique, connu comme "Cajas de Salud". Lancés au début du siècle pour l'éducation des travailleurs seulement, ces fonds de santé couvrent maintenant tous les employés du secteur officiel, et tous les employés sont requis par la loi d'acheter dans les groupes d'assurances. Au cours du temps le réseau a augmenté, et il est maintenant composé de sept fonds de santé et de dix programmes d'assurances intégrés. Ces fonds de santé reçoivent la majorité de leurs contributions des employés du secteur public et privé. Encore en exerçant l'option et en payant au nom de ceux qui ne peuvent pas payer, le gouvernement de la Bolivie lança le programme national d'assurance mère/enfants. Sous ce schéma, toutes les mères potentielles et les enfants sont automatiquement couverts pour les soins de base, et le gouvernement paie effectivement l'indemnité.

Le Zimbabwe est un autre pays dans notre exemple où une forme d'assurance est significative. L'assurance médicale privée est assurée au Zimbabwe par les sociétés d'aide médicale (MAS). Ce sont des organisations à but non lucratif, qui ont leur

origine dans les plans d'assurance santé développés par des grandes firmes et des groupes de firmes dans certaines industries. Le MAS couvre encore majoritairement les employés du secteur officiel et collecte les indemnités à travers les employeurs, ces indemnités correspondent aux contributions des employés et dans certains cas le MAS paie la totalité. Le gouvernement n'a pas rendu la participation à cette assurance obligatoire, mais un puissant marché privé est offert à l'assurance, pour à la fois des raisons historiques et parce que les unions ont été effectivement capables de négocier la couverture santé. Le MAS a été couronné de succès parce que le Zimbabwe a un large secteur d'employés officiels relativement aux autres pays africains.

L'expérience de la Bolivie et du Zimbabwe montre que quand il est possible de mobiliser les ressources pour les secteurs de santé sous forme d'assurance, c'est seulement le secteur officiel qui en bénéficie largement. (Le schéma du centre national bolivien d'assurance mère-enfants est relativement nouveau et a une couverture très limitée). Le pauvre et le nécessiteux demeurent en dehors du mécanisme de mobilisation des ressources.

En outre, beaucoup de pays en voie de développement tendent à avoir de larges segments basés sur les liquidités, particulièrement dans les zones rurales. Un système d'assurance sociale, même rendu obligatoire, va encourir un réel défi dans la collecte des contributions des gens dans de telles économies. Un autre problème est que le gouvernement a une capacité limitée pour mettre en oeuvre efficacement un système de transferts dans lesquelles les ressources peuvent être déviées vers le pauvre de manière à ce qu'il puisse s'assurer. Et si le gouvernement prend la responsabilité directe de contribuer au nom du pauvre, la plupart des services d'assurances se retrouvent neutralisés puisque la distinction entre les soins gratuits et les assurances s'évanouit.

## **La capacité des assurances privées du secteur santé dans les pays à bas revenus est limitée.**

Notre expérience à partir de cinq cas d'études de pays en Bolivie, en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Sri Lanka et au Zimbabwe indique que la capacité de l'assurance privée est très limitée dans ces pays. La raison principale à cela est que seuls les relativement riches font appel à une assurance privée, et dans la plupart de ces pays, le riche, et aussi les employés du secteur officiel, sont soit couverts par une assurance sociale où ils s'offrent des soins de santé au moment où ils en ont besoin.

Ainsi, il n'est pas surprenant que l'utilisation de l'assurance privée en Bolivie soit très limitée, et seule une poignée de compagnies offre des polices d'assurances privées. Les soins médicaux pré-payés souvent vus en Bolivie comme une assurance

santé, sont graduellement devenus plus prévalents dans le pays, bien que leur couverture soit très limitée. Les assurances privées et les plans pré-payés contribuent à moins de 2 % des fonds totaux du secteur santé. Le cas du Sri Lanka n'est pas très différent. L'assurance privée est offerte par une poignée de compagnies d'assurances, et capitalise seulement Rs33 millions des dépenses totales qui sont de Rs 10 777 millions, ce qui est beaucoup moins que 1% de toutes les dépenses de santé.

Probablement le seul pays dans notre exemple où l'assurance privée a eu quelques impacts est le Zimbabwe. L'assurance médicale privée pourvue par les sociétés d'aide médicale (NAMAS). Ce sont des compagnies à but non lucratif, et ont leur origine dans les plans médicaux par les grandes compagnies et les industries. Généralement, le MAS fonctionne à travers les employeurs, et dans beaucoup de cas les employeurs paient une partie ou toutes les contributions. En général, il semble que le MAS est bien géré et efficace, à peu près 8 % de la population est actuellement couverte par les plans du MAS.

**Les soins hospitaliers tendent à être majoritairement financés par les revenus généraux et l'assurance sociale, et le soin ambulatoire est financé principalement par les dépenses directes et ceci reflète les objectifs mixtes du financement de la santé dans beaucoup de pays.**

Dans tous les pays étudiés, les soins hospitaliers internes sont majoritairement financés à travers les revenus généraux et les assurances sociales. Par contre, le soin ambulatoire est majoritairement financé à travers les dépenses directes. La plupart des soins externes et internes servent fondamentalement le bénéficiaire. Ainsi ces services peuvent être considérés comme typiquement des biens privés. Cependant, il y a une différence critique entre les deux. La plupart des soins internes sont chers, et les maladies nécessitent une hospitalisation qui sont typiquement associés à d'autres charges financières sur les ménages à cause des arrêts de travail. Dans tous les cas d'études, il n'y a pas de restrictions sur les provisions privées des services, mais le financement privé soit sous forme de dépenses directes ou d'assurances volontaires, a échoué à devenir une source dominante pour le financement des soins hospitaliers.

En Bolivie, il y a l'ombre de plans innovatifs de financement privé payant pour les soins de santé en plus des dépenses directes conventionnelles observées dans tous les pays. Alors que les dépenses privées représentent 30 % ou plus de la totalité des dépenses de santé; elles représentent moins de 15 % des soins hospitaliers internes. Même les plans médicaux à fonds pré-payés, dans certaines zones

urbaines de Bolivie paient seulement pour les soins externes ou pour les soins internes de base, telle que la naissance d'un enfant . Le plan du PROSALUD qui est un exemple d'extrême succès potentiel du financement privé est le recouvrement des coûts pour le soutien des services de santé a eu seulement du succès parce qu'il s'est concentré sur la provision des services externes. Le PROSALUD n'a pas essayé de pourvoir à des services hospitaliers internes à travers son approche de recouvrement des coûts. Au Sri Lanka au cours d'une longue période de 2 300 ans les provisions de l'hôpital ont été équitablement établies et alors maintenues sur le revenu général de financement. Dans les années 1930, il y a eu une augmentation de la demande et des besoins pour de grandes provisions de l'hôpital, le financement privé à travers l'assurance, la charité et les dépenses directes, se sont avérées incapables de combler le manque de provisions, c'est alors que les faiseurs de politique ont été forcés de s'appuyer sur le financement par les revenus généraux pour élargir les services hospitaliers.

Le problème dans tous les cas étudiés a été que même avec une demande des ménages pour des soins hospitaliers, la majorité de la population n'a pas les ressources financières et les épargnes pour payer les soins onéreux quand elle en a besoin. En l'absence des schémas d'assurances, tels que les fonds médicaux en Bolivie ou les MAS au Zimbabwe, le gouvernement doit intervenir pour financer de telles provisions. Les gouvernements ne doivent pas cependant oublier que indépendamment à la manière par lesquels les services de base sont offerts, le gouvernement a un rôle important et crucial à jouer dans le financement des services hospitaliers de base. En faisant cela, les faiseurs de politique africains peuvent prendre note que les subventions publiques à l'hôpital dans les pays développés n'ont pas comme premier objectif d'améliorer le statut de la santé mais d'améliorer le bien être public en prévenant les risques financiers pour les familles en cas de maladies.

Alors que l'objectif de cette politique est assez explicite dans les pays de l'OCDE; il a été moins reconnu dans le débat politique en Afrique où le plus d'intérêt est porté sur la maximisation du statut de la santé. Cependant dans au moins un des pays étudiés, la Bolivie et le Sri Lanka, l'Etat intervenait à différents points pour pourvoir le financement pour les hospitalisations coûteuses, soit à travers des revenus généraux ou d'assurances sociales. Les maladies majeures causant des crises financières pour les familles sont vraisemblables dans le cadre africain aussi bien qu'en Bolivie ou au Sri Lanka. Et par conséquent les faiseurs politiques africains devraient considérer ces aspects aussi bien qu'à la Paz ou au Colombo.

## Les initiatives non gouvernementales peuvent jouer un rôle important dans la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé.

En réponse au déclin des allocations du gouvernement pour le secteur de la santé, plusieurs individus et groupes dans plusieurs pays en voie de développement ont répandu leurs propres initiatives et en créant des moyens innovateurs pour la collecte des ressources pour le secteur de la santé.

Probablement, l'un des meilleurs exemples d'initiatives non gouvernementales pour le financement des soins de santé est le succès des sociétés d'aide médicale au Zimbabwe. L'assurance médicale privée au Zimbabwe est pourvue par les sociétés d'aide médicale (MAS) qui se sont développées de manière similaire aux fonds pour les maladies en Allemagne et aux autres pays de l'Europe Centrale (sauf qu'il n'y a pas de tentatives gouvernementales pour renforcer le partage du risque et l'égalité des fonds de base par rapport aux autres fonds), avec des schémas se développant autour des groupes particuliers de travailleurs et pour couvrir d'autres catégories du secteur officiel. Les systèmes de contributions contiennent quelques éléments de solidarité dans les sociétés mais non entre sociétés. L'émergence des différents services forfaitaires dans les MAS sert seulement une petite part, et relativement une part prospère de la population.

Généralement le MAS fonctionne à travers les employeurs, et dans la plupart des cas les employeurs paient une partie ou la totalité des contributions. Cependant, des groupes de gens travaillant à leur compte peuvent être acceptés pour une adhésion. En général, il semble que le MAS est bien géré et efficace (les coûts administratifs sont de 8 à 12 % du chiffre d'affaire), il y a peu d'évidence d'une sélection systématique dans des cas à bas risque. En cas de retraite les membres peuvent continuer leur adhésion. Autour de 800 000 personnes ( 8 % de la population) sont actuellement couverts par le plan du MAS. En principe le MAS s'occupe mais ne fournit pas de services directs bien qu'il y ait certains cas d'investissements par le MAS dans les structures de santé (en principe sur une base commerciale).

Un point important à noter est que le MAS au Zimbabwe est développé sans aucune forte politique dans le cadre législatif, et en réponse aux besoins perçus. Ceci a dû être un avantage qui a fait qu'il soit indépendant et bien géré. Cependant cela signifie qu'il a seulement un rôle limité dans le financement des services, ce qui représente une grande priorité pour la population. Mais sans ce système des financements parallèles, il est vraisemblable sur la base de comparaison avec d'autres pays au même niveau de développement que plus du budget du

gouvernement serait dévoué de pourvoir les services urbains secondaires et tertiaires. Le manque d'un cadre politique peut aussi expliquer pourquoi l'adhésion au MAS ne couvre qu'une partie du potentiel groupe ciblé. Il serait facilement équitable pour de tels arrangements de couvrir deux ou trois fois l'actuelle adhésion. Il est clairement possible pour eux de continuer à croître à un taux rapide.

Une initiative non gouvernementale qui n'a pas été couronnée de succès sont celles des "mutuelles" au Sénégal. Comme le résultat du choc pétrolier, une longue période de sécheresse et de dévaluation de la monnaie, les allocations du gouvernement au secteur de la santé ont chuté significativement en termes réels dans les années 1980. Ceci conduit à une communauté d'initiatives sous forme de groupes de gens auto-organisés dans une tentative de grouper et de maintenir les ressources pour les soins de santé au moment du besoin. Formées sur le principe de la solidarité, la démocratie, l'autonomie et la dignité des individus, ces mutuelles à but non lucratif tendent à être ethnocentriques et basées sur les villages. Par exemple FANDENE est une société mutuelle sur une base ethnique dans le village de Serrer Noon (population 2500) d'une communauté appelée Peulhs. Soutenus par un dispensaire local et l'hôpital St Jean de Dieu qui font payer seulement la moitié du tarif régulier, les membres de cette mutuelle payent 1 000 F par mois comme contributions. Les pénalités pour manquement sont sévères: si les membres manquent de payer pour plus de trois mois, leur adhésion est annulée et sont requis à payer 10 000 F s'ils veulent réadhérer. Similairement, YOFF est une mutuelle dans le village Lebou, une banlieue de Dakar et compte 2 000 familles adhérentes. SOCOCIM, une société de travailleurs dans le ciment, est une exception à la règle à la communauté ethnique du village.

Cependant, ces mutuelles n'ont pas bien marché. L'un des gros problèmes que ces sociétés a, est le fait du financement ainsi que le faible recouvrement. Par exemple, sur les 619 familles au FANDENE, seules 261 paient à temps. L'ethnicité est le seul lien entre tous les membres; et n'ont pas de génération de revenus ni les plans de financements durables. Comme résultat à cela, ces mutuelles ont été souvent sur le point de faire faillite.

Un autre exemple intéressant est le PROSALUD, qui a été lancé en 1983 avec le support du gouvernement bolivien et le USAID/Bolivie. Le PROSALUD est une association civile privée et à but non lucratif qui est née de trois facteurs importants: (i) la détérioration graduelle des conditions de santé d'une partie significative de la population à cause de la crise économique sévère au début des années 1980; (ii) l'émergence d'une économie de marché transparente et dérégulée qui est venue avec les ajustements structurels d'août 1985; et (iii) comme une alternative efficace au système public traditionnel des soins de santé primaires.

Le PROSALUD est devenu au cours des années un modèle durable de provisions de services de santé compréhensif et continu à travers des structures permanentes, décentralisées et diversifiées. Actuellement, le PROSALUD compte 28 centres de

santé servant une population de 300 000 personnes ; le PROSALUD offre des services de santé du marketing de produits de santé, la formation et la recherche. En relation avec l'offre de services des soins de santé à la communauté, le PROSALUD se concentre sur les consultations médicales, les naissances, les hospitalisations à court terme, le planning familial, les soins dentaires, les analyses de laboratoire et les vaccinations.

Les services de soins de santé sont complétés par un programme de marketing pour des produits de santé, avec l'objectif d'augmenter l'accès et l'utilisation de ces produits, à travers les pharmacies et les sources non traditionnelles. Ainsi alors que 75 % des coûts totaux opérants sont couverts par les fonds du PROSALUD générés par les frais des usagers, les 25 % restant des coûts opérationnels sont payés à partir du revenu généré par le marketing des produits de santé (contraceptifs, verres) les activités de formation et de recherche appliquées génèrent des ressources additionnelles mineures.

Les initiatives non gouvernementales ont le potentiel d'être des outils très utiles et efficaces pour collecter les ressources pour le secteur de la santé. Cependant dans plusieurs pays en voie de développement de telles initiatives nécessitent un fort et maintenu support du gouvernement, comme en Bolivie, où le secteur organisé, comme au Zimbabwe. Nous pensons que les efforts du gouvernement pour la création des ressources additionnelles pour le secteur de la santé devraient inclure l'encouragement et le support des initiatives privées, spécialement à la lumière du succès limité des mécanismes gouvernementaux tels que les charges des usagers, et les hautes allocations à partir de l'impôt sur le revenu.

## 4. Note Finale

Dans ce rapport, nous avons examiné l'expérience de mobilisation des ressources pour le secteur de la santé dans cinq pays en voie de développement. Ces cas d'études suggèrent que bien que les gouvernements font souvent des décisions sur les méthodes de la mobilisation des ressources individuelles, tels que les frais des usagers ou le niveau de financement du revenu général, ils pensent rarement à une stratégie de financement de la santé qui considère une combinaison globale de méthodes, leurs interactions l'une avec l'autre, et leurs liaisons avec d'autres composants du système de santé. On ne doit pas être surpris, par conséquent, si les méthodes individuelles ont eu un succès limité quant aux contributions des ressources, l'efficacité, l'équité et la qualité des soins, même si elles ont été bien réfléchies et rendues effectives. En même temps, une faiblesse commune a été une tendance sur la partie de la plupart des gouvernements à ignorer le rôle des dépenses des ménages aux pourvoyeurs privés sur le financement des services de la santé. D'un côté plus positif, nos études montrent que là où il a été possible, les initiatives privées et de la communauté ont réussi à élever les ressources du secteur de la santé.